

VNP et parcours de soins

- Date d'application de la réglementation : **Immédiate**
- *Textes associés* : **Sans objet**
- *Professionnels de Santé concernés* : **Prescripteurs sauf Sages-femmes et Chirurgiens-Dentistes**
- *Cahier des Charges SESAM-Vitale concerné* : **1.40 addendum 2bis
1.40 addendum 3**
- *Référentiel TLA concerné* : **Oui**

Contexte de l'évolution Dans le cadre du parcours de soins, une Visite de Neuro Psychiatre (VNP) est dispensée dans un contexte d'Urgence.

Modalités de mise en oeuvre Correction par rapport à l'addendum 2bis.

Légende **Texte surligné en jaune** Ajouts par rapport au CDC SESAM-Vitale
Texte bleu barré Suppression par rapport au CDC SESAM-Vitale

Détail de l'évolution

- **Les modifications apportées à la table 5bis de l'annexe 2 du Cahier des Charges SESAM-Vitale 1.40-Addendum 2bis sont les suivantes :**

Table 5bis : Prestations relatives au contexte d' « Urgence »

Nature de prestation	Complément de prestation	Acte CCAM	Modificateur CCAM
VNP	Sans objet	Sans objet	Sans objet

TEST DE FACTURATION PRESCRIPTEURS

Test n° 1 Données en entrées	Carte Prof. de santé	Code prestation	Montant facturé	Soins en rapport avec situation exo.	Exo. TM Bénéficiaire	Exo. TM acte	Taux remb. et code justif. exo TM	Part obligatoire	Assurance complémentaire
Carte 0136 Vincent									
Date des soins et date d'élaboration de la FSE : 16 /01/2007	17	VNP	31,25 €	Non	Non	Non	70% code 0	21,88 €	
Nature d'assurance maladie		MCS	4,00 €	Non	Non	Non	70% code 0	2,80 €	
Exemple au : 16/01/2007		ID	3,81 €	Non	Non	Non	70% code 0	2,67 €	
VNP = 31,25€			<u>39,06 €</u>					<u>27,35 €</u>	
MCS = 4,00€									
ID = 3,81 €									

FLUX ATTENDU(S) : FSE

RESULTAT ATTENDU DU TEST PART AMOAccord : **OUI**

Le spécialiste fait un retour d'information au médecin traitant

IPS = U Top MT = à blanc

Cartes de professionnels de santé concernées par ce test 17, 33, 75.

C.N.D.A

*Demande d'agrément
ou d'homologation
pour l'intégration d'une
fiche réglementaire*



ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

(remplir 1 engagement par logiciel)

Je soussigné,, agissant en qualité de
pour la société....., atteste sur l'honneur que le logiciel
intitulé..... dans sa version n°¹....., pour système (OS).....
intègre correctement :

. L'évolution liée à la fiche réglementaire n° _____

Version du cahier des charges de référence (rayer la mention inutile) : 1.31 / 1.40

ou

Version du référentiel d'homologation (rayer la mention inutile) : DI version / TLA version

Identification des factures transmises sur le frontal du CNDA :

1. Tableau récapitulatif à compléter :

Carte CPS utilisée n° de facturation du PS	Régime	Date de transmission des cas de facturation		Nom des Fichiers (Groupe de données 12 champ 2 ou Type 000 pos 50-55)
		N° LOT	N° FACTURE	

Je joins à cette attestation la(es) copie(s) d'écran correspondant aux cas de tests non passant correspondant à la fiche réglementaire prise en compte².

Fait leà

Signature du représentant et cachet de la société

¹ évolution **obligatoire** du n° de version **sur les 4 premiers caractères** par rapport à la dernière version agréée.

² si prévus dans les cas de tests de la fiche réglementaire prise en compte.